

Estudio de factibilidad de un consultorio de enfermería para pie diabético: viabilidad clínica y preferencias del paciente

Feasibility study of a nursing clinic for diabetic foot: clinical viability
and patient preferences

Guadalupe Monserrat Sánchez Hernández

m243z2016@alum.huatusco.tecnm.mx

<https://orcid.org/0009-0003-1658-2957>

Tecnológico Nacional de México. Instituto

Tecnológico Superior de Huatusco

Huatusco – México

Jesus Andrés Caiceros Ortiz

jcaiceroso@huatusco.tecnm.mx

<https://orcid.org/0009-0009-7348-103X>

Tecnológico Nacional de México. Instituto

Tecnológico Superior de Huatusco

Huatusco – México

Apolinar González Cessa

agonzalezc@huatusco.tecnm.mx

<https://orcid.org/0009-0004-9246-8192>

Tecnológico Nacional de México. Instituto

Tecnológico Superior de Huatusco

Huatusco – México

Silvia Sósol Sánchez

ssosols@huatusco.tecnm.mx

<https://orcid.org/0000-0001-9028-2782>

Tecnológico Nacional de México. Instituto

Tecnológico Superior de Huatusco

Huatusco – México

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i2.5759>


Redilat
Red de Investigadores
Latinoamericanos



Revista Latinoamericana de
Ciencias Sociales y Humanidades

Artículo recibido: 22 de diciembre de 2025.

Aceptado para publicación: 27 de abril de 2026.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

VOLUMEN VII

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i2.5759>

Estudio de factibilidad de un consultorio de enfermería para pie diabético: viabilidad clínica y preferencias del paciente

Feasibility study of a nursing clinic for diabetic foot: clinical viability and patient preferences

Guadalupe Monserrat Sánchez Hernández

m243z2016@alum.huatusco.tecnm.mx

<https://orcid.org/0009-0003-1658-2957>

Tecnológico Nacional de México. Instituto Tecnológico Superior de Huatusco
Huatusco – México

Jesus Andrés Caiceros Ortiz

jcaiceroso@huatusco.tecnm.mx

<https://orcid.org/0009-0009-7348-103X>

Tecnológico Nacional de México. Instituto Tecnológico Superior de Huatusco
Huatusco – México

Apolinar González Cessa

agonzalezc@huatusco.tecnm.mx

<https://orcid.org/0009-0004-9246-8192>

Tecnológico Nacional de México. Instituto Tecnológico Superior de Huatusco
Huatusco – México

Silvia Sósol Sánchez¹

ssosols@huatusco.tecnm.mx

<https://orcid.org/0000-0001-9028-2782>

Tecnológico Nacional de México. Instituto Tecnológico Superior de Huatusco
Huatusco – México

Artículo recibido: 22 de diciembre de 2025. Aceptado para publicación: 27 de abril de 2026.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

El aumento de enfermedades crónico-degenerativas ha colapsado los sistemas públicos de salud, generando la necesidad de modelos de atención privada costo-efectivos. El objetivo de este estudio fue evaluar la factibilidad clínica, operativa y económica para la creación de un consultorio de enfermería autónomo especializado en la prevención y tratamiento del pie diabético en Río Blanco, Veracruz. Se empleó un diseño mixto de corte transversal, analítico y descriptivo; la fase cuantitativa incluyó una muestra de 70 pacientes diabéticos evaluados mediante un instrumento estructurado de preferencias declaradas. Los resultados evidenciaron un consenso absoluto, donde la totalidad de los participantes consideró imperativa la existencia del servicio y manifestó una disposición generalizada al pago por atención especializada, confirmando una viabilidad de mercado innegable. La disposición de pago modal se situó en el rango de 400 a 600 MXN (78.5%). Mediante pruebas T de Student para muestras independientes, se identificó una brecha significativa en la cultura de prevención: los pacientes que han recibido atención previa son significativamente mayores (Media = 65.7 años) que aquellos que nunca se han atendido de manera profiláctica (Media = 59.2 años, $p = 0.0086$). Asimismo, el análisis de correlación de Pearson demostró que la exigencia de un costo accesible está fuertemente correlacionada con la desconfianza actual en las instituciones públicas ($r = 0.71$). Se

¹ Autor de correspondencia.

concluye que el consultorio propuesto es financieramente viable y clínicamente urgente, representando una innovación en la práctica autónoma de enfermería que responde a las preferencias del paciente por un trato humano y seguimiento continuo.

Palabras clave: pie diabético, práctica autónoma de enfermería, factibilidad, preferencias del paciente, atención primaria

Abstract

The rise of chronic-degenerative diseases has overwhelmed public health systems, creating a profound need for cost-effective private care models. The objective of this study was to comprehensively evaluate the clinical, operational, and economic feasibility of establishing an autonomous nursing clinic specializing in the prevention and treatment of diabetic foot in Río Blanco, Veracruz. A mixed, cross-sectional, analytical and descriptive design was used; the quantitative phase included a sample of 70 diabetic patients evaluated using a structured stated-preference instrument. The results showed an unanimous consensus, as all participants considered the service necessary and expressed a universal willingness to pay, confirming absolute market viability. The modal willingness to pay was in the range of 400 to 600 MXN (78.5%). Student's T-tests for independent samples identified a significant gap in prevention culture: patients who have received previous care are significantly older (Mean = 65.7 years) than those who have never been treated prophylactically (Mean = 59.2 years, $p = 0.0086$). Furthermore, Pearson's correlation analysis demonstrated that the demand for accessible costs is strongly correlated with current distrust in public institutions ($r = 0.71$). It is concluded that the proposed clinic is financially viable and clinically urgent, representing an innovation in autonomous nursing practice that responds to patient preferences for human treatment and continuous follow-up.

Keywords: diabetic foot, independent nursing practice, feasibility, patient preferences, primary care

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons.



Cómo citar: Sánchez Hernández, G. M., Caiceros Ortiz, J. A., González Cessa, A., & Sósol Sánchez, S. (2026). Estudio de factibilidad de un consultorio de enfermería para pie diabético: viabilidad clínica y preferencias del paciente. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 7 (2), 1756 – 1773. <https://doi.org/10.56712/latam.v7i2.5759>

INTRODUCCIÓN

Contexto y Justificación

La diabetes mellitus se ha consolidado como una de las crisis de salud pública más severas y de mayor crecimiento a nivel global en el siglo XXI. Las complicaciones microvasculares y macrovasculares derivadas de un control glucémico deficiente tienen repercusiones devastadoras para los pacientes, siendo el síndrome del pie diabético una de las más alarmantes. Esta condición constituye la principal causa de amputaciones no traumáticas de extremidades inferiores en el mundo, generando una pérdida irreversible en la calidad de vida de los pacientes, una discapacidad permanente y un impacto económico masivo tanto para las familias como para el Estado (Armstrong, Boulton, & Bus, 2017).

A pesar de que la inmensa mayoría de estas amputaciones son clínicamente prevenibles mediante diagnósticos tempranos, inspecciones rutinarias, desbridamiento adecuado y educación para el autocuidado, los sistemas de salud pública, especialmente en países de ingresos medios y bajos, enfrentan una saturación crónica. Esta sobrecarga operativa limita drásticamente el acceso a cuidados preventivos especializados, obligando a los profesionales a adoptar un enfoque reactivo (Abbas, 2017). En este contexto de necesidad insatisfecha, la práctica autónoma de la enfermería emerge no solo como una alternativa válida, sino como una solución estratégica ineludible. La creación de clínicas dirigidas por personal de enfermería permite descentralizar la atención de los hospitales de segundo y tercer nivel, reducir la carga hospitalaria, prevenir complicaciones catastróficas y ofrecer servicios altamente centrados en el paciente con una notable rentabilidad social y económica.

METODOLOGÍA

Enfoque de Investigación

Para abordar la complejidad del problema de investigación desde múltiples ángulos, se utilizó un enfoque mixto de triangulación concurrente. La fase cualitativa consistió en una revisión integrativa y sistemática de la literatura clínica, regulatoria y económica para sustentar la viabilidad teórica y normativa del proyecto. Simultáneamente, la fase cuantitativa, que constituye el núcleo de los resultados de este artículo, se basó en un estudio de mercado observacional y analítico para determinar con precisión matemática la factibilidad económica, la sensibilidad al precio y la aceptación del modelo por parte de los pacientes.

Diseño del Estudio

El diseño de la investigación fue de tipo no experimental, ya que no se manipularon variables independientes; de corte transversal, debido a que la recolección de datos se llevó a cabo en un solo momento en el tiempo para capturar una fotografía exacta de las preferencias actuales del mercado; descriptivo, para detallar el perfil de los usuarios; y correlacional, para identificar cómo interactúan las distintas variables de preferencia, desconfianza institucional y variables demográficas.

Participantes y Muestra

La población/universo de estudio estuvo conformada por usuarios adultos previamente diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II, que se encontraban adscritos a los programas de control de enfermedades crónicas en centros de atención primaria del municipio de Río Blanco, Veracruz. Dada la naturaleza exploratoria del estudio de factibilidad de mercado, se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, logrando reclutar una muestra total de $N = 70$ pacientes que acudieron a consulta regular durante el periodo de levantamiento de datos.

Los criterios de inclusión establecidos fueron: contar con un diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus Tipo 2, tener residencia comprobable en Río Blanco o en su zona metropolitana inmediata, ser mayor de edad, y poseer la capacidad cognitiva y física para comprender y responder el instrumento de evaluación. Se excluyeron aquellos pacientes con urgencias médicas activas o que no desearan participar libremente.

Instrumentos de Recolección de Datos

Para la obtención de la información primaria se diseñó un instrumento ad hoc denominado "Encuesta de Aceptación y Viabilidad para Consultorio de Enfermería Especializado". Este cuestionario estructurado estuvo compuesto por 15 ítems divididos estratégicamente en cuatro dimensiones clave: 1) Variables sociodemográficas y antecedentes clínicos básicos; 2) Necesidades sentidas de servicio y frecuencia de revisión actual; 3) Disposición de pago (DAP) medida en una escala ordinal de rangos de precio en pesos mexicanos; y 4) Atributos de servicio esperados, medidos a través de ítems de opción múltiple.

La validez del cuestionario fue corroborada mediante juicio de expertos a través del Coeficiente de Validez de Contenido (CVC). El análisis arrojó un promedio general de 0.88, con ítems individuales que alcanzaron niveles de concordancia superiores al umbral aceptable ($CVC > 0.74$). Estos resultados respaldan la solidez técnica y la pertinencia metodológica de la encuesta para capturar las preferencias de los pacientes diabéticos.

Procedimiento de Recolección

Las encuestas se aplicaron de manera presencial, directa y estandarizada en las áreas de espera de las instituciones de primer nivel de atención. Previo a la recolección de cualquier dato, los encuestadores explicaron detalladamente a cada participante el propósito académico de la investigación, así como la naturaleza hipotética de la futura clínica privada. Este encuadre fue fundamental para situar al paciente en un escenario de elección económica real, solicitándole que respondiera considerando sus verdaderas posibilidades financieras y prioridades de salud.

Análisis de Datos

Tras una fase de limpieza y normalización para eliminar inconsistencias, los datos fueron sometidos a un análisis computacional. Se emplearon técnicas para el manejo de estructuras de datos y el contraste de hipótesis.

En una primera fase, se calculó la estadística descriptiva integral, incluyendo medidas de tendencia central (medias, medianas, modas), medidas de dispersión (desviación estándar, rangos) y tablas de frecuencias absolutas y porcentajes relativos. Para la fase de estadística inferencial, orientada a descubrir patrones subyacentes en el comportamiento de los pacientes, se aplicaron pruebas T de Student para muestras independientes, con el objetivo de evaluar si existían diferencias significativas en las medias de edad frente a las respuestas dicotómicas del servicio. Asimismo, se generaron matrices de correlación utilizando el coeficiente r de Pearson para establecer asociaciones de intensidad y dirección entre las variables de preferencias, factores económicos y hábitos de salud. Se estableció a priori un nivel de confianza del 95%, considerando como estadísticamente significativos aquellos valores de p menores a 0.05.

Consideraciones Éticas

El desarrollo de este estudio se apegó estrictamente a los principios éticos internacionales dictados por la Declaración de Helsinki para la investigación en seres humanos, así como a la normatividad vigente en materia de investigación en salud en México. La participación de todos los sujetos fue

estrictamente voluntaria y anónima. No se recolectaron datos personales de identificación (como nombres, direcciones exactas o números de teléfono). Se obtuvo el consentimiento informado verbal previo a la aplicación del cuestionario, garantizando a los pacientes que su decisión de participar o abstenerse no afectaría en absoluto la atención médica que recibían en ese momento, y asegurando que la información sería utilizada con fines exclusivamente académicos y para el modelado de factibilidad del proyecto.

DESARROLLO

La literatura científica contemporánea aborda este fenómeno desde cuatro dimensiones fundamentales y complementarias: el contexto clínico del pie diabético, la consolidación del rol autónomo de la enfermería, la economía de la salud enfocada en modelos de negocio, y el comportamiento y preferencias del paciente como consumidor de servicios de salud.

Desde la perspectiva puramente clínica, investigaciones como la de Lo et al. (2021) han demostrado empíricamente que la implementación de un enfoque de equipo multidisciplinario, donde los profesionales de enfermería y podiatría actúan como la primera línea de gestión del cuidado del pie diabético, reduce significativamente las tasas de amputación mayor y menor. Esto no solo mejora el pronóstico clínico, sino que genera ahorros millonarios a los sistemas de salud. Sin embargo, Netten et al. (2020) advierten de manera crítica que la atención clínica en la actualidad sigue siendo predominantemente reactiva y curativa en lugar de preventiva. Los autores subrayan la necesidad imperiosa de un cambio de paradigma hacia la medicina personalizada en el cuidado de heridas, donde la estratificación del riesgo y la intervención temprana sustituyan a la amputación de salvamento.

En cuanto al desarrollo del rol de la enfermería, la transición hacia la práctica autónoma o las clínicas dirigidas por enfermeras (conocidas internacionalmente como nurse-led clinics) ha demostrado ser un modelo altamente eficaz a nivel internacional. Autores como Dostanova et al. (2024) y Rowand (2017) señalan que los profesionales de enfermería que asumen roles avanzados mejoran exponencialmente el acceso a la atención primaria de salud y elevan de manera sostenida la satisfacción del paciente. No obstante, estos mismos estudios advierten que los profesionales enfrentan barreras sistémicas significativas, principalmente relacionadas con la falta de marcos regulatorios claros, la ambigüedad en el alcance de la práctica y la necesidad de un mayor reconocimiento interprofesional. En esta misma línea, Jakimowicz (2012) confirma mediante revisiones sistemáticas cualitativas que los pacientes valoran excepcionalmente estas clínicas, destacando que el tiempo dedicado, la comunicación efectiva y el establecimiento de relaciones terapéuticas profundas superan con creces el modelo biomédico tradicional.

En el ámbito de la factibilidad económica y el desarrollo de nuevos servicios, Visconti y Morea (2020) destacan que los modelos de negocio en el sector de la salud privada deben apalancarse en diseños orientados a la creación de valor y la eficiencia operativa. Al evaluar las preferencias del consumidor de salud mediante metodologías como los experimentos de elección discreta (Discrete Choice Experiments), la evidencia indica que los pacientes están cada vez más dispuestos a realizar pagos de bolsillo (out-of-pocket payments) si perciben una mejora tangible e inmediata en su calidad de vida. Factores como la reducción de los tiempos de espera, la personalización del tratamiento y un trato humano superior al ofrecido por los saturados servicios gubernamentales, se convierten en los principales motores de la demanda en el sector privado (Mansfield et al., 2017; Wang et al., 2019).

Problema de Investigación

Aterrizando esta problemática global al contexto local, en el municipio de Río Blanco, ubicado en el estado de Veracruz, México, existe una prevalencia sumamente alta de pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II. La gran mayoría de estos individuos dependen estructuralmente del sistema

de salud público (centros de salud y hospitales generales), el cual, debido a restricciones presupuestales y exceso de demanda, carece de consultas profilácticas exclusivas y detalladas para el seguimiento del pie diabético. La dinámica actual dicta que los pacientes acuden a los servicios de salud únicamente cuando las úlceras se encuentran en estadios avanzados de infección o necrosis (Clasificación de Wagner grado 3 o superior), donde la amputación quirúrgica es, a menudo, la única vía clínica viable para preservar la vida.

Al mismo tiempo, los servicios médicos privados de alta especialidad (como la atención por angiología o cirugía vascular) resultan financieramente inaccesibles para el grueso de la población de la zona, cuyas percepciones económicas son limitadas. Surge entonces una brecha de mercado y atención crítica: los pacientes necesitan cuidado preventivo y curativo de calidad, pero no pueden costear especialistas de alto nivel ni pueden depender de un sistema público reactivo. Ante este escenario, surge la interrogante fundamental sobre la viabilidad de un modelo intermedio: una clínica de enfermería autónoma, liderada por profesionales especializados, que ofrezca precios justos y alta calidad técnica.

Objetivos y Preguntas de Investigación

El objetivo general de esta investigación fue:

- Evaluar exhaustivamente la factibilidad clínica, operativa y la viabilidad económica-comercial para la creación y puesta en marcha de un consultorio de enfermería especializado en el cuidado integral del pie diabético en Río Blanco, Veracruz.

Para lograr este objetivo, se plantearon las siguientes preguntas de investigación rectoras:

- ¿Existe en la población objetivo una disposición de pago (Willingness to Pay) suficiente que garantice la rentabilidad y sostenibilidad financiera del consultorio a mediano y largo plazo?
- ¿Qué factores sociodemográficos y conductuales determinan la búsqueda de atención especializada en esta región?
- ¿Cuáles son los atributos específicos del servicio de enfermería (precio, trato, cercanía, calidad) más valorados por los pacientes diabéticos para motivar el abandono temporal o permanente del sistema público gratuito en favor de la atención privada?

Teorías y Modelos de Enfermería Autónoma

El presente estudio encuentra su anclaje disciplinar en la Teoría de las Necesidades Básicas formulada por Virginia Henderson, uno de los paradigmas más respetados en la historia de la profesión. Esta teoría postula que el rol fundamental y único de la enfermería es asistir al individuo, ya sea sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a mantener su salud, a su pronta recuperación, o a una muerte digna; actividades que el paciente realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios (Doicela & Concha, 2020).

Aplicado específicamente al contexto de la práctica autónoma y el cuidado del paciente crónico, este modelo justifica filosófica y operativamente la existencia de un consultorio independiente. El profesional de enfermería en este espacio asume el liderazgo absoluto en la educación del paciente, el desbridamiento de heridas, el corte de uñas patológicas y el cuidado preventivo integral, actuando como un facilitador que empodera al paciente diabético para retomar el control sobre su autocuidado e independencia. La autonomía profesional no significa aislamiento de otras disciplinas, sino la capacidad de ejercer el juicio clínico propio, tomar decisiones basadas en evidencia y asumir la responsabilidad directa sobre los resultados del paciente, elementos que son la piedra angular de un modelo de negocio en salud liderado por enfermería.

Economía de la Salud y Disposición de Pago (Willingness to Pay)

Desde la rigurosa perspectiva de la teoría microeconómica aplicada a la salud, las preferencias declaradas de los pacientes y su Disposición a Pagar (DAP o WTP por sus siglas en inglés) son los indicadores predictivos más críticos para determinar la viabilidad de introducción de nuevos servicios en el mercado (Portney, 1994). La DAP representa el valor económico máximo que un individuo, de manera racional, cedería de sus ingresos disponibles para adquirir una mejora cuantificable en su estado de salud, o en este caso, para mitigar el riesgo catastrófico de sufrir una amputación.

En los ecosistemas de salud donde existe una falla de mercado evidente, caracterizada porque el sistema de salud pública subsidiado no logra cubrir la demanda poblacional de prevención cualitativa, los servicios financiados mediante pagos de bolsillo (out-of-pocket) tienden a proliferar con éxito si logran equilibrar de manera óptima el costo monetario con la utilidad percibida por el usuario (Cookson et al., 2017). Comprender esta dinámica es vital, ya que el paciente diabético realiza un cálculo constante entre el costo de la consulta de enfermería frente al beneficio de conservar su movilidad, su empleo y su bienestar general.

Gestión Clínica y Cuidado Especializado del Pie Diabético

En el aspecto puramente clínico y operativo, el marco conceptual del consultorio se apoya firmemente en el modelo internacional "TIME" para la evaluación sistemática y la preparación del lecho de la herida crónica. Este acrónimo representa: el manejo del Tejido no viable o necrótico (Tissue management), el control riguroso de la Infección y la Inflamación (Infection/Inflammation), el establecimiento de un balance adecuado de Humedad en la lesión (Moisture balance), y la facilitación del avance del Borde Epitelial (Edge advancement) (Saad et al., 2013).

Este marco de referencia protocoliza las competencias técnicas, los insumos y el equipamiento que el consultorio debe poseer inexcusablemente para asegurar la máxima eficacia terapéutica. Integrar el modelo TIME garantiza que el consultorio de enfermería no solo ofrecerá paliativos, sino intervenciones basadas en la mejor evidencia científica disponible para la curación de úlceras crónicas, justificando así la especialización del servicio y el cobro de honorarios profesionales.

RESULTADOS

Presentación de los Datos y Perfil Sociodemográfico de la Muestra

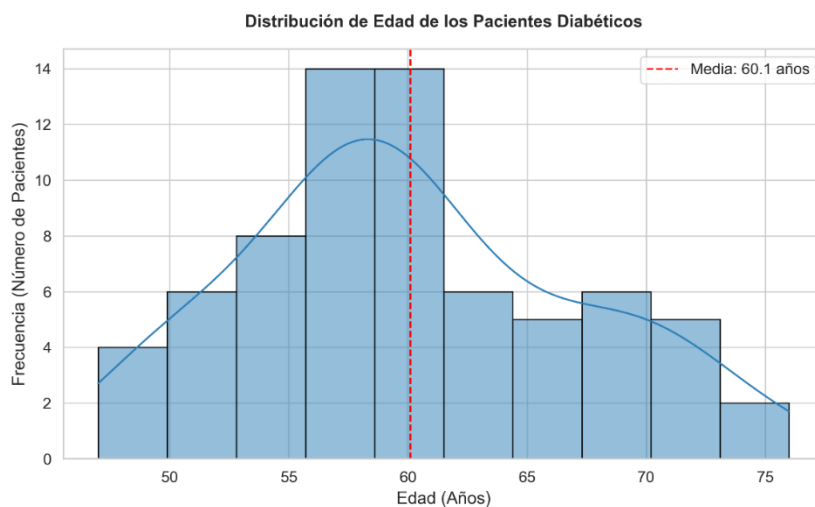
La fase de análisis descriptivo permitió trazar un perfil sumamente claro de la población que conformará el mercado meta del consultorio. De los 70 participantes evaluados de manera válida, la edad media de la población diabética fue de 60.1 años (Desviación Estándar = 7.04 años), con un rango de edad que abarcó desde los 47 años como mínimo hasta los 76 años como máximo.

La distribución por sexo evidenció un marcado y claro predominio de la población femenina, representando el 70% de la muestra (Frecuencia = 49), en contraste con la población masculina que representó el 30% restante (Frecuencia = 21). Este dato es congruente con la demografía de asistencia a los centros de atención primaria, donde las mujeres suelen llevar un control más asiduo de sus enfermedades crónicas.

La distribución exacta de las edades en la muestra estudiada se ilustra en la Figura 1, donde se aprecia una concentración importante en torno a la sexta década de vida. Por su parte, la Figura 2 representa visualmente la proporción predominante del sexo femenino en la demanda de estos servicios de salud primaria.

Gráfico 1

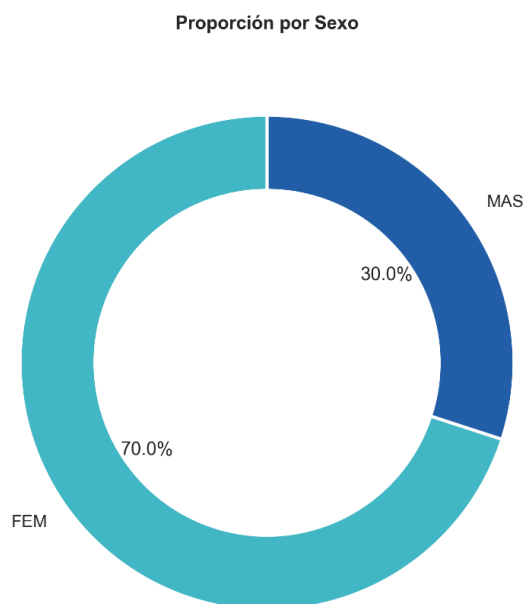
Distribución de Edad de los Pacientes Diabéticos



Fuente: elaboración propia.

Gráfico 2

Proporción por Género



Fuente: elaboración propia.

En cuanto a los antecedentes clínicos directos, el 100% de la muestra reportó padecer diabetes de manera personal, y un 32.8% adicional indicó que, además de su propia condición, son cuidadores primarios de otro familiar que también padece la enfermedad. El nivel de concientización sobre las complicaciones resultó ser excepcionalmente alto: el 90% de los encuestados afirmó saber con claridad qué es el "pie diabético". Aún más revelador y alarmante desde la perspectiva de salud pública, el 97.1% de los participantes refirió conocer de manera directa a un familiar, amigo o vecino que había

sufrido una amputación debido a las complicaciones de la diabetes. Esta cifra contextualiza la severidad, la cercanía y el impacto psicológico que tiene esta patología en la comunidad de Río Blanco.

Factibilidad Comercial Absoluta y Aceptación Unánime del Servicio

El resultado cualitativo y cuantitativo más contundente para la validación del modelo de negocio fue la identificación de lo que económicamente se denomina una demanda inelástica basada en una necesidad urgente de salud. Tal como se adelantó en las notas metodológicas, se registró una percepción de necesidad universal; la totalidad de los participantes ($n = 70$) coincidió en que es indispensable la existencia de un consultorio especializado en el cuidado del pie diabético en su comunidad.

Más allá de la simple aprobación de la idea, el 98.5% de la muestra ($n = 69$) declaró que estaría dispuesto a asistir personalmente como paciente para recibir tratamientos preventivos o curativos. De manera crucial para el plan financiero de la clínica, la totalidad de la muestra manifestó su disposición a realizar pagos de bolsillo por servicios privados, siempre y cuando estos sean liderados por personal de enfermería debidamente capacitado. Además, expresaron una clara preferencia por este modelo de atención focalizada, por encima de someterse a los largos tiempos de espera que caracterizan a las consultas de medicina general en el sector público.

Disposición Económica (Willingness to Pay) y Estrategia de Precios

Para estructurar de manera realista las proyecciones de ingresos y egresos en el plan financiero y de negocios del consultorio, fue imperativo evaluar con exactitud el rango de precio que el mercado local considera justo y viable. Al preguntar sobre cuánto estarían dispuestos a pagar por una consulta o sesión de curación especializada de alto nivel, la moda estadística se ubicó de forma contundente en el rango de 400 a 600 pesos mexicanos. Este bloque acaparó el 78.5% de las preferencias totales de la muestra.

En los extremos de la curva de demanda, un 12.8% de los pacientes indicó que su capacidad de pago se limita estrictamente al rango de 200 a 400 pesos, lo que podría representar un área de oportunidad para esquemas de responsabilidad social o tarifas subsidiadas. Por otro lado, se identificó la existencia de un nicho de mercado del 8.5% de los pacientes que estarían dispuestos a pagar la tarifa más alta, ubicada entre 600 y 800 pesos mexicanos, asumiendo la recepción de servicios premium o atenciones especializadas a domicilio.

La distribución detallada de la capacidad y voluntad de pago de los pacientes se desglosa en la Tabla 1. Asimismo, como se puede apreciar en la Figura 3, la gran mayoría del mercado objetivo se decanta por la tarifa intermedia, estableciendo una validación de precio contundente para el modelo de negocio.

Tabla 1

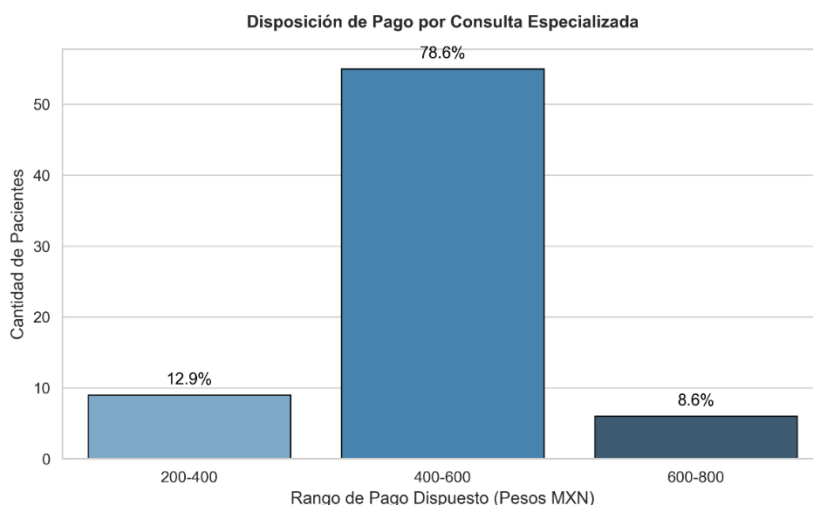
Disposición a Pagar (Willingness to Pay) por Consulta Especializada de Enfermería

Rango de Precio Sugerido (MXN)	Frecuencia Absoluta	Porcentaje (%)
200 a 400 pesos	9	12.8%
400 a 600 pesos	55	78.5%
600 a 800 pesos	6	8.5%

Fuente: elaboración propia a partir de datos de investigación de campo.

Gráfico 3

Disposición de Pago por Consulta Especializada



Fuente: elaboración propia.

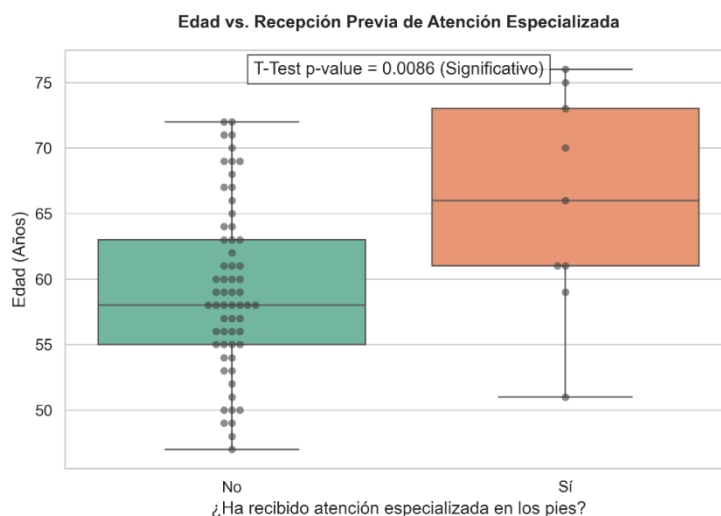
Análisis Inferencial: Identificación de la Brecha de Prevención por Edad (Prueba T de Student) Para comprender a profundidad el comportamiento de consumo de servicios de salud en esta población, se planteó la hipótesis de que la edad podría ser un factor determinante en la búsqueda activa de atención podológica o de enfermería especializada. Para contrastar esta premisa, se ejecutó una prueba paramétrica T de Student para muestras independientes.

El análisis reveló la existencia de una diferencia estadísticamente significativa y altamente reveladora (Valor de la prueba $t = -2.706$, $p = 0.0086$). Los datos arrojaron que la edad promedio de los pacientes diabéticos que nunca han recibido atención especializada para sus pies es de 59.2 años. En marcado contraste, el pequeño grupo de pacientes que sí reportó haber recibido este tipo de atenciones de nivel superior tiene una edad promedio significativamente mayor, ubicándose en los 65.7 años. Esta diferencia de más de seis años sugiere fuertemente que las personas no acuden a servicios especializados de manera preventiva en las primeras etapas de su vejez o enfermedad, sino que buscan la atención únicamente cuando avanzan en edad y, muy probablemente, cuando las complicaciones anatómicas, neuropáticas y vasculares ya se han manifestado con gravedad.

El gráfico 4 representa gráficamente esta brecha mediante un diagrama de cajas (boxplot). En ella se observa claramente la dispersión de las edades y cómo el cuartil de pacientes más jóvenes carece casi por completo de atención especializada previa.

Gráfico 4

Edad vs. Recepción Previa de Atención Especializada



Fuente: elaboración propia.

Atributos de Valor del Servicio y Correlaciones de Preferencia (Coeficiente R de Pearson)

Para diseñar de manera certera la propuesta de valor y las estrategias operativas del consultorio, se solicitó a los pacientes que seleccionan, de un listado múltiple, las características que consideraban más importantes e irrenunciables al momento de elegir un servicio privado de esta índole. El "Seguimiento Continuo" de su padecimiento fue la característica reina, seleccionada por el 77.1% de la muestra. A esta le siguieron atributos relacionados con la logística y comodidad: la "Cercanía Geográfica" (61.4%) y la disponibilidad de "Atención Sin Cita" (58.5%). Estas prioridades pragmáticas se equilibraron con demandas emocionales y de empatía, donde el "Trato Humano" fue seleccionado como prioritario por el 48.5% de los pacientes.

Para explorar las relaciones ocultas entre estas preferencias y la historia de los pacientes, la generación de la matriz de correlación de Pearson arrojó tres hallazgos fundamentales que dictarán la estrategia de captación comercial y retención de pacientes del consultorio:

La Relación entre el Conocimiento Práctico del Mercado y la Exigencia de Costo

Se descubrió una correlación positiva excepcionalmente fuerte ($r = 0.7682$) entre el hecho de haber recibido atención especializada previamente y la exigencia tajante de que el nuevo consultorio tenga un "Costo Accesible". Esto indica que quienes ya han pagado por cuidar sus pies en el pasado conocen perfectamente lo onerosos y elitistas que pueden llegar a ser los tratamientos privados tradicionales (como las consultas de angiología), y por tanto, exigen alternativas más económicas pero igualmente efectivas desde la práctica de enfermería.

La Desconfianza Institucional como Motor de la Demanda Privada

Se observó que la exigencia de contar con un "Costo Accesible" también correlaciona fuertemente y de manera positiva ($r = 0.7144$) con aquellos pacientes que declaran abiertamente no confiar en absoluto en la calidad de la atención de las instituciones de salud pública (un abrumador 85.7% de la muestra total). Esto consolida la premisa de que el paciente desea fervientemente migrar del sistema público

saturado hacia la opción privada, pero el precio es la barrera o el puente definitivo para lograr esa transición.

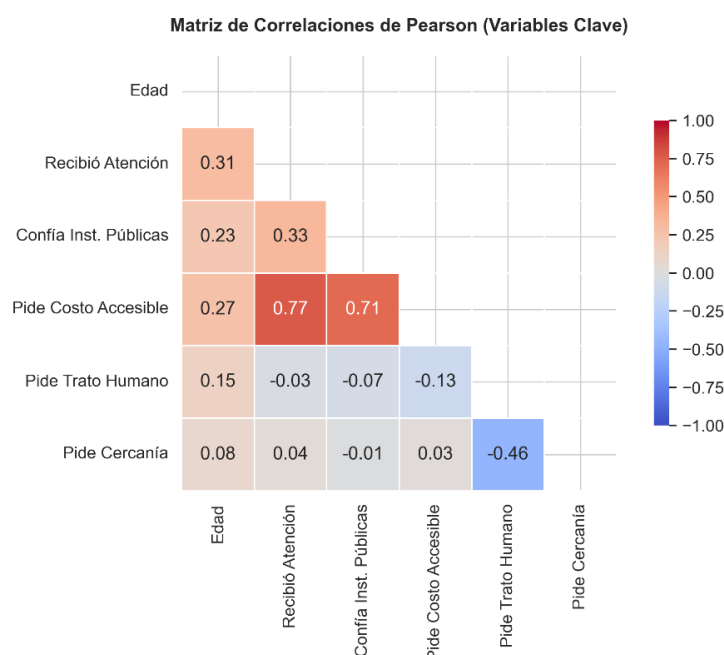
La Dicotomía entre la Conveniencia Logística y la Empatía Clínica

El análisis multivariado identificó una correlación negativa de intensidad moderada ($r = -0.4631$) entre la valoración de la "Cercanía Geográfica" y la exigencia de un "Trato Humano". Este descubrimiento subraya la existencia de dos segmentos de mercado (arquetipos de pacientes) muy diferenciados: por un lado, el paciente pragmático que prioriza la velocidad y la ubicación conveniente del local, restando importancia a la calidez del trato; y por otro lado, el paciente emocional o vulnerable, que está completamente dispuesto a viajar mayores distancias e invertir más tiempo, con la condición innegociable de que el profesional de enfermería le brinde un trato cálido, digno y profundamente empático.

La intensidad, dirección y significancia de todas estas asociaciones estadísticas pueden visualizarse de manera integral en el mapa de calor (heatmap) presentado en el gráfico 5, el cual confirma las dinámicas de comportamiento del paciente

Gráfico 5

Matriz de Correlaciones de Pearson



Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

Interpretación Central de los Resultados y Viabilidad Económica Comprobada

Los resultados empíricos derivados del presente estudio de investigación confirman de manera inequívoca y robusta la hipótesis central de trabajo: la creación de un consultorio de enfermería, liderado de manera autónoma y especializado en el cuidado integral del pie diabético en el municipio

de Río Blanco, es un proyecto altamente factible en su dimensión operativa y profundamente viable en su dimensión económica.

La contundencia de la demanda identificada, reflejada en la aceptación unánime por parte de los participantes, su firme intención de uso y su clara disposición a desembolsar recursos propios, se alinea perfectamente con la vasta literatura en economía de la salud. Autores como Mataria et al. (2007) y Cookson et al. (2017) sugieren recurrentemente en sus investigaciones que aquellas poblaciones crónicamente expuestas a fallas severas del sistema de salud público están altamente predispuestas a reasignar su presupuesto familiar y asumir gastos de bolsillo considerables con el único fin de evitar morbilidades catastróficas. En el contexto de la diabetes, ninguna complicación infunde tanto temor y deterioro social como la amputación de un miembro inferior.

El hecho comprobado de que el 78.5% del mercado local encuestado valide de manera directa un precio por consulta de intervención o curación en el rango de 400 a 600 pesos mexicanos proporciona el bloque de cimentación esencial para cualquier plan de negocios serio. Este rango tarifario permite establecer un punto de equilibrio financiero sumamente sólido y realista. A través de este flujo de ingresos proyectado, es completamente factible sostener no solo los costos fijos y variables propios de la operación clínica diaria (insumos estériles, material de curación avanzada, nómina), sino también garantizar el retorno de la inversión privada inicial empleada para cumplir con las rigurosas adecuaciones normativas y de equipamiento exigidas por las autoridades sanitarias mexicanas (COFEPRIS, NOM-005-SSA3-2010 y NOM-016-SSA3-2012).

La Falla Estructural en la Prevención Primaria y la Peligrosa Brecha de Edad

El hallazgo de naturaleza inferencial más revelador de toda la investigación fue la constatación matemática de una diferencia altamente significativa ($p = 0.0086$) en la edad de los pacientes que buscan y logran obtener atención especializada. El hecho ineludible de que el primer contacto formal con servicios podológicos o de enfermería especializada ocurra estadísticamente en el umbral de los 66 años, mientras que el grueso poblacional de pacientes de 59 años permanece a la deriva, sin recibir intervenciones profilácticas dirigidas, demuestra de manera palpable que el sistema de salud en Río Blanco sigue operando bajo un modelo de medicina de daños o rescate, es decir, puramente reactivo.

Este descubrimiento local corrobora a la perfección lo expuesto a nivel internacional por Netten et al. (2020), quienes desde la academia europea exigen un cambio de paradigma urgente y definitivo en el tratamiento de las complicaciones diabéticas, abogando por transitar hacia la medicina preventiva, personalizada y ejecutada en etapas muy tempranas de la fisiopatología. Desde una óptica gerencial, este dato indica que el modelo de negocio y las futuras campañas de mercadotecnia del nuevo consultorio no deben limitarse a esperar a los pacientes con úlceras ya formadas. Por el contrario, el esfuerzo primario de captación de clientes deberá enfocarse agresivamente en educar y atraer a la población diabética adulta más joven (el grupo de 40 a 60 años) para intervenir de manera profiláctica, realizando evaluaciones de sensibilidad y de biomecánica de la marcha, alterando y mejorando así la curva natural de riesgo de amputación a largo plazo.

Consolidación de la Autonomía de Enfermería y la Crisis de Confianza Institucional

La contundente disposición del 100% de la muestra estudiada a ser atendida de manera particular, pagando honorarios directos a un profesional de enfermería en lugar de un médico general del sistema público, válida en la praxis las teorías más vanguardistas sobre la transición de roles profesionales y el empoderamiento clínico de la disciplina. Tal como lo documentan exhaustivamente Dostanova et al. (2024) en contextos asiáticos y Jakimowicz (2012) a través de metaanálisis globales, los pacientes que son usuarios regulares de clínicas dirigidas exclusiva y autónomamente por enfermeras suelen reportar niveles de satisfacción sustancialmente mayores frente a los modelos hegemónicos

tradicionales. Esto se atribuye universalmente a que la enfermería prioriza por formación académica un enfoque verdaderamente holístico, dedicando más tiempo a la escucha activa, la educación en salud y la construcción lenta pero firme de vínculos de confianza.

Este cuerpo de evidencia teórica se ve espectacularmente reforzado en nuestro estudio por el hallazgo de la altísima correlación de Pearson ($r = 0.7144$), la cual dictamina sin matices que la profunda insatisfacción y desconfianza que sienten los ciudadanos hacia el sistema público gubernamental ha generado una ventana de oportunidad colosal e inexplorada para la práctica de enfermería privada. El paciente busca escapar del anonimato y la prisa institucional, y está dispuesto a depositar su salud y sus recursos financieros en las manos de enfermeros especialistas, siempre y cuando estos profesionales demuestren pericia técnica, mantengan esquemas de precios accesibles y ofrezcan una calidad humana excepcional.

Implicaciones Clínicas Prácticas y el Modelo Operativo

Desde una perspectiva netamente pragmática y de ingeniería de servicios, los atributos que la población encuestada valoró como supremos (el seguimiento continuo y la disponibilidad de atención sin cita previa) deben convertirse en la columna vertebral que dicte el modelo operativo y los flujogramas de atención del nuevo consultorio. El diseño funcional de la clínica no puede limitarse a ser un mero dispensario de curación de heridas avanzadas o necrosadas. Si bien la técnica de curación debe ser impecable, fundamentada rígidamente en los postulados del marco clínico internacional "TIME" (gestión de tejido, infección, humedad y bordes, como señalan Saad et al., 2013), la verdadera rentabilidad y el valor agregado del consultorio radicarán en su capacidad para funcionar como un ecosistema integral.

Esto implica que el consultorio debe ser percibido por la comunidad como un centro avanzado de educación continua para la salud metabólica, un espacio seguro para el corte preventivo rutinario de uñas distróficas o micóticas (que de otro modo terminarían en abscesos), y un centro de revisión periódica de neuropatías sensitivas mediante monofilamentos.

A nivel macroeconómico y de políticas públicas en salud, el hecho de demostrar mediante esta investigación que los profesionales de enfermería en México pueden gestionar, administrar y liderar financieramente clínicas que sean rentables y exitosas en el mercado libre, contribuye indirecta pero contundentemente al fortalecimiento del sistema nacional de salud. Al absorber una porción de la demanda a través de redes de atención mixtas o privadas de bajo costo, la enfermería actúa como una válvula de escape que alivia la presión sobre los sobrepasados hospitales públicos (Banzon et al., 2014).

Limitaciones Metodológicas del Estudio

Como todo ejercicio de rigor científico, el presente estudio declara ciertas limitaciones inherentes a su diseño metodológico. La principal restricción se deriva de la naturaleza transversal de la investigación y del tamaño específico de la muestra alcanzado ($N = 70$), la cual, al haber sido seleccionada bajo un criterio de muestreo no probabilístico por conveniencia en zonas específicas de la región centro de Veracruz, restringe en cierta medida la capacidad de generalización estadística universal de estos porcentajes a otras entidades federativas de la República Mexicana o a contextos rurales de alta marginación.

Asimismo, desde la perspectiva de la economía del comportamiento, debe reconocerse que la naturaleza de la métrica de "disposición a pagar" (Willingness to Pay) capturada a través de encuestas de preferencias declaradas, puede diferir y presentar ligeras desviaciones respecto al comportamiento real, tangible y definitivo del consumidor en el preciso momento de tener que desembolsar el capital

de su bolsillo frente al prestador del servicio. Este fenómeno es un sesgo ampliamente documentado en los experimentos de elección discreta aplicados a bienes y servicios de salud, y debe ser contemplado con cautela en las fases de planificación financiera pura (Salampessy et al., 2015).

CONCLUSIÓN

La conceptualización y posible creación de un consultorio de enfermería especializado de manera profunda y técnica en el cuidado integral del pie diabético en el municipio de Río Blanco, Veracruz, trasciende por mucho la simple y llana idea de un emprendimiento de negocios local. Los datos recabados y analizados con rigor estadístico demuestran que este proyecto se consolida como una respuesta directa e inaplazable a una crisis de salud pública documentada y a una necesidad comunitaria latente que ha sido largamente ignorada.

Las fallas estructurales evidentes en los tiempos de respuesta del Estado y la percepción generalizada de baja calidad empática en los pasillos de las instituciones gubernamentales, han germinado y cultivado un entorno socioeconómico excepcionalmente propicio para la innovación privada. En este escenario, el paciente diabético, consciente de la gravedad de su padecimiento, muestra una disposición total a invertir sistemáticamente entre 400 y 600 pesos por sesión en un servicio de salud de naturaleza privada. Esta inversión de bolsillo está condicionada, y de hecho asegurada, siempre y cuando el prestador del servicio, en este caso el especialista en enfermería, le garantice un trato verdaderamente humano, flexibilidad de horarios, cercanía geográfica y, por encima de todo, la aplicación de técnicas científicas modernas para la preservación de sus extremidades y su capacidad de caminar.

El análisis matemático de este estudio ha dejado al descubierto que existe en la sociedad veracruzana una barrera de edad silenciosa pero sumamente peligrosa, donde los pacientes acceden a recibir la atención especializada vital demasiados años tarde, cuando el daño isquémico o neuropático suele ser irreversible. El modelo de consultorio autónomo propuesto aquí posee el innegable potencial operativo y clínico para revertir por completo esta oscura tendencia epidemiológica.

Al final, este artículo demuestra que operar bajo este modelo no solo es clínicamente prudente y altamente factible desde la perspectiva arquitectónica y normativa, sino que resulta un proyecto de negocios escalable, repetible y financieramente sostenible. A la par de generar riqueza económica legítima y fuentes de autoempleo para el gremio, este tipo de consultorios dignifican la profesión, validan la teoría de los pioneros de la disciplina, y visibilizan de manera irrefutable frente a la sociedad y el Estado la inmensa autonomía, capacidad intelectual y resolución clínica que los profesionales de enfermería en México pueden ofrecer cuando deciden dar el paso hacia el ejercicio independiente de su vocación.

Recomendaciones para Futuras Líneas de Investigación

Con base en los sólidos hallazgos expuestos y reconociendo las limitaciones descritas, se sugiere ampliamente a la comunidad académica y científica del área de la salud y la administración el diseño y ejecución futura de estudios de tipo longitudinal. Estas futuras investigaciones deberían enfocarse en evaluar retrospectivamente el retorno real de la inversión (ROI) y el flujo de caja operativo tras la finalización del primer año fiscal de operaciones de consultorios de enfermería con estas características.

Del mismo modo, resulta de vital importancia clínica el desarrollo de protocolos de investigación cuasi-experimentales que permitan la medición directa y cuantitativa del impacto clínico en la población adscrita al consultorio. Se deben establecer cohortes para comparar si la intervención regular, autónoma y preventiva del personal de enfermería privado logra una reducción estadísticamente

significativa en la incidencia de nuevas úlceras, en las tasas de hospitalización por sepsis, y en el número total de amputaciones registradas en la comunidad frente al grupo de pacientes que continúan bajo el modelo de atención médica tradicional del Estado.

REFERENCIAS

- Abbas, Z. G. (2017). Managing the diabetic foot in resource-poor settings: challenges and solutions. *Chronic Wound Care Management and Research*, 4, 83-89. <https://doi.org/10.2147/cwcmr.s98762>
- Armstrong, D. G., Boulton, A. J. M., & Bus, S. A. (2017). Diabetic Foot Ulcers and Their Recurrence. *New England Journal of Medicine*, 376(24), 2367-2375. <https://doi.org/10.1056/nejmra1615439>
- Balasi, P., Elahi, N., & Ebadi, A. (2022). Barriers and facilitators of professional autonomy of clinical nurses in Iran: A qualitative study. *Indian Journal of Medical Ethics*, 7(3), 209-215. <https://doi.org/10.20529/ijme.2022.027>
- Banzon, E., Lucero, K., & Ho, K. (2014). Public-Private Partnership Options toward Achieving Universal Health Coverage in the Philippine Setting. *Econstor*.
- Blanchette, V., Brousseau-Foley, M., & Cloutier, L. (2020). Effect of contact with podiatry in a team approach context on diabetic foot ulcer and lower extremity amputation: systematic review and meta-analysis. *Journal of Foot and Ankle Research*, 13(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s13047-020-0380-8>
- Cookson, R., Mirelman, A. J., Griffin, S., Asaria, M., Dawkins, B., Norheim, O. F., ... & Culyer, A. J. (2017). Using Cost-Effectiveness Analysis to Address Health Equity Concerns. *Value in Health*, 20(2), 206-212. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.11.027>
- Doicela, R., & Concha, C. (2020). Búsqueda de la autonomía de enfermería desde la mirada de Virginia Henderson. *Enfermería Investiga*, 5(4), 54-61. <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v5i4.975.2020>
- Dostanova, A., Yermukhanova, L., & Blaževičienė, A. (2024). Perception and Experience of Independent Consultations in Primary Healthcare among Registered Nurses in Kazakhstan: A Qualitative Study. *Healthcare*, 12(15), 1461. <https://doi.org/10.3390/healthcare12151461>
- Frykberg, R. G., & Banks, J. (2015). Challenges in the Treatment of Chronic Wounds. *Advances in Wound Care*, 4(9), 560-582. <https://doi.org/10.1089/wound.2015.0635>
- Jakimowicz, S. (2012). Patients' subjective experience of nurse-led clinics: a qualitative systematic review. *JBI Library of Systematic Reviews*, 10(58), 4615-4654.
- Lo, Z. J., Chandrasekar, S., Yong, E., et al. (2021). Clinical and economic outcomes of a multidisciplinary team approach in a lower extremity amputation prevention programme for diabetic foot ulcer care in an Asian population: A case-control study. *International Wound Journal*, 18(5), 654-662. <https://doi.org/10.1111/iwj.13672>
- Mansfield, C., Masaquel, A., Sutphin, J., & Dalit, B. (2017). Patients' priorities in selecting chronic lymphocytic leukemia treatments. *Blood Advances*, 1(24), 2176-2185. <https://doi.org/10.1182/bloodadvances.2017007294>
- Mataria, A., Luchini, S., Daoud, Y., & Moatti, J. P. (2007). Demand assessment and price-elasticity estimation of quality-improved primary health care in palestine: a contribution from the contingent valuation method. *Health Economics*, 16(10), 1051-1068. <https://doi.org/10.1002/hecl.1216>
- Netten, J. J., Woodburn, J., & Bus, S. A. (2020). The future for diabetic foot ulcer prevention: A paradigm shift from stratified healthcare towards personalized medicine. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 36(S1). <https://doi.org/10.1002/dmrr.3234>

Portney, P. R. (1994). The Contingent Valuation Debate: Why Economists Should Care. *The Journal of Economic Perspectives*, 8(4), 3-17. <https://doi.org/10.1257/jep.8.4.3>

Rowand, S. (2017). Primary Care Nurse Practitioners and Organizational Culture. ScholarWorks (Walden University).

Saad, A. Z., Khoo, T. L., & Halim, A. S. (2013). Wound Bed Preparation for Chronic Diabetic Foot Ulcers. *ISRN Endocrinology*, 2013, 608313. <https://doi.org/10.1155/2013/608313>

Salampessy, B. H., Veldwijk, J., Schuit, A. J., et al. (2015). The Predictive Value of Discrete Choice Experiments in Public Health: An Exploratory Application. *Patient*, 8(6), 521-529. <https://doi.org/10.1007/s40271-015-0115-2>

Visconti, R. M., & Morea, D. (2020). Healthcare Digitalization and Pay-For-Performance Incentives in Smart Hospital Project Financing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2318. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072318>

Wang, X., Song, X., Zhu, D., et al. (2019). How Do Type 2 Diabetes Patients Value Urban Integrated Primary Care in China? Results of a Discrete Choice Experiment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 117. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010117>

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons .